要旨

調剤・薬剤費の費用構造や動向等に関する分析

-調剤技術料の形成過程と薬局機能-

1. 分析の目的

○ 医薬分業の背景にある外来投薬に係る技術料の費用構造を明らかにし、調剤技術料 のあり方及び保険薬局や薬剤師のあり方を検証する。

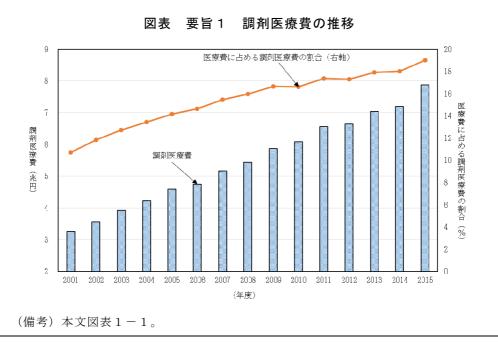
2. 主な分析の内容

- 厚生労働省「社会医療診療行為別統計(調査)」を用いて、外来投薬に係る技術料の 費用構造分析を行った。
- 厚生労働省「医師、歯科医師、薬剤師調査」、「衛生行政報告例」を用いて、薬剤 師数や保険薬局数の分析を行った。

3. 主な分析結果

(医薬分業の進展と院外処方に付されたインセンティブ)

○ 調剤医療費は、過去 14 年で 2.4 倍に増加した。その背景には、医科及び調剤報酬の 双方への技術料の加配により、70%程度まで上昇した医薬分業¹の進展がある(図表 要旨 1)。



¹ 医薬分業率は、「(処方せん枚数(薬局での受付回数)÷(医科診療(入院外)日数×医科投薬率+歯科診療日数×歯科投薬率)×100)」で定義されている。

○ 医薬分業を促進したインセンティブは技術料である。外来薬剤費 1,000 円当たりの 技術料は、院外処方時には、院内処方時の 3.3 倍である。こうした高い技術料に見 合うサービスが患者に提供されているのか否か、技術料の水準の妥当性が説明され るべきである(図表 要旨 2)。

図表 要旨2 外来薬剤費1,000円当たり技術料の比較

(院内処方・院外処方別、2015年6月)

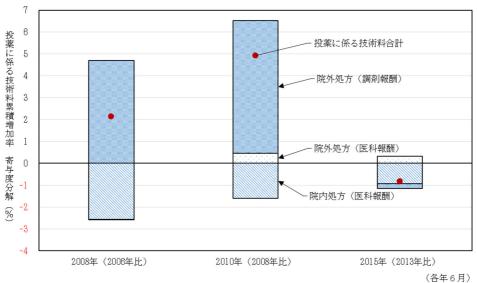
	外来投薬 算定1回当たり薬剤費 (A)	外来投薬 算定1回当たり技術料 (B)	外来薬剤費 1,000円当たり技術料 (1,000円×B/A)
院内処方時	5,610円	770円	137円
院外処方時	7,030円	3,140円 3.3 倍	447円

(備考) 本文図表 1-19。

(人口構造の変化がもたらす調剤報酬の動き)

○ 院外処方の増加を背景に、外来投薬に係る技術料は医科報酬分、調剤報酬分のいずれ も増加してきた。ただし、近年は、処方せん発行枚数の増加率の鈍化もあって、横ば いになっている(図表 要旨3)。

図表 要旨3 外来投薬に係る技術料の増加要因分析



(備考) 本文図表 1-17。

○ 処方せん発行枚数の増勢は鈍化し、投薬患者数は減少傾向にある。 将来、処方せん 発行枚数が減少に転じることになると、保険薬局が追加的な出店から得られる増収 機会はマクロ的に消失することになる(図表 要旨 4)。

図表 要旨 4 処方せん発行枚数及び投薬患者数の増加率

(備考) 本文図表1-6。

(調剤報酬体系が有するインセンティブ構造)

○ 保険薬局の収益を決める調剤報酬の支払い方法は、より多くの受付処方せん枚数と 調剤数量の処理にインセンティブを有する。例えば、調剤料は「投与区分」と「所定 単位」に従い、調剤の内容によって、算定点数が規定される。院外処方では投与区分 毎に1剤(内服薬の場合)につき調剤料を算定できるため、投与区分の異なる医薬品 の調剤や投与医薬品数が増加するのに伴い調剤料が増加する構造となっている(図 表 要旨5)。

院内処方 (医科報酬) 院外処方 (調剤報酬) 投与区分 所定単位 調剤料 投与区分 所定単位 調剤料 内服薬 <u>1剤</u>につき 5~87点 1調剤 内服用谪剂 10点 につき 処方せん 頓服薬 21点 内服薬、 につき 1 処方 浸煎薬及 9点 1調剤 につき 浸煎薬 190点 び頓服薬 に<u>つき</u> 1 調剤 190点~ 湯薬 につき 400点 1処方せん 注射薬 26点 につき 1 処方 1調剤 外用薬 6点 外用薬 10点

図表 要旨5 調剤内容ごとの調剤料の点数単価

(備考) 本文図表 1-29。

につき

につき

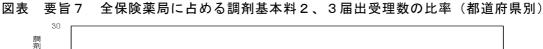
○ 調剤料は投薬日数の増加でも膨張する構造となっている(内服薬の場合)。例えば、 院外処方時に内服薬7日間処方した際の調剤料は35点(1日5点×7日分)である が、31日以上処方される際の調剤料は87点となる。31日以上処方されると、算定 調剤料は52点増加することとなる(図表 要旨6)。

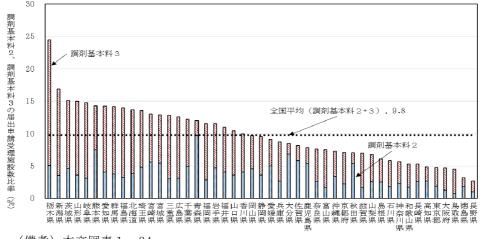
図表 要旨6 内服薬の調剤料の点数単価(処方日数別)

(備考) 本文図表 1-30。

(調剤報酬体系を活用した誘導)

○ 規模拡大が収益増につながることから、病院周辺に薬局が林立する門前薬局問題が 指摘されてきた。こうした門前薬局に対するディスインセンティブとして、処方せん の集中割合等によって、調剤基本料の減額(調剤基本料2及び3)が制度化された が、その適用は、全保険薬局の10%に過ぎず、実効性に乏しい。さらに、減額は利 用者メリットとなり、集中を一層促す矛盾を抱えている(図表 要旨7)。

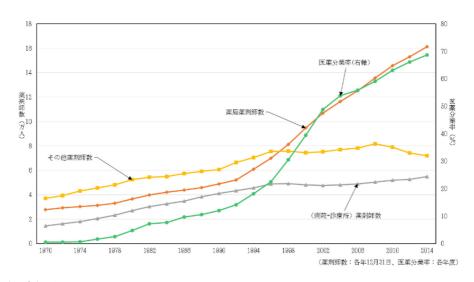




(備考) 本文図表 1-24。

(保険薬局と薬局薬剤師の増加と今後のビジネスモデル)

○ 薬剤師数は増加傾向にあり、特に薬局薬剤師数が増加している。1990 年代以降に薬局薬剤師数は急増しており、その増加分が薬剤師総数の増加となっている。医薬分業が急速に進展する一環として、需給両面から薬局薬剤師数の増加が必要になったと考えられる(図表 要旨8)。

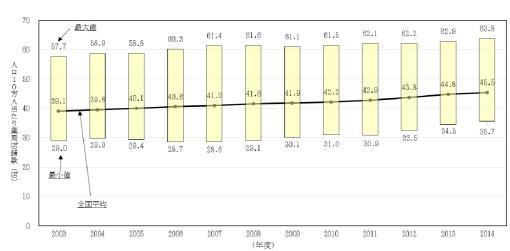


図表 要旨8 従事先別の薬剤師数及び医薬分業率の推移

(備考) 本文図表 2 - 7。

(備考) 本文図表 2-16。

○ 医療機関数や人口に対する保険薬局店舗数は増加している。全国の保険薬局店舗数の推移は、年度平均700店舗超のペースで増加傾向が続いており、2014年度には57,784店に達した。人口10万人当たり保険薬局店舗数は全国平均、都道府県別最大・最小値のいずれも増加している(図表 要旨9)。

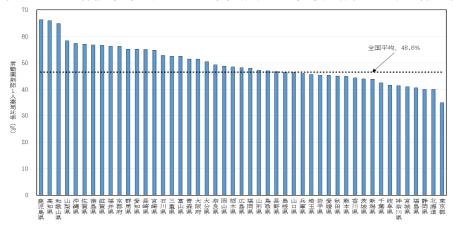


図表 要旨9 人口10万人当たり保険薬局店舗数の推移(都道府県別最大・最小値、平均値)

要旨-5

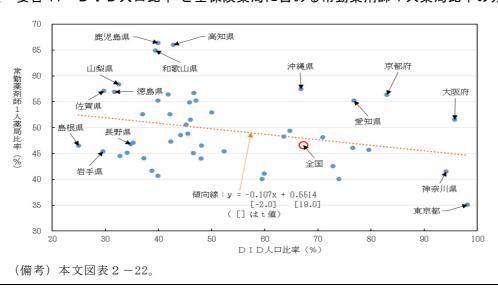
○ 厚生労働省「患者のための薬局ビジョン」(2015年10月23日)によると、かかりつけ薬剤師は、薬局の開局時間内に限らず薬物療法に関する相談、調剤、在宅対応を求められ、夜間・休日を含めた24時間対応や、在宅での薬学管理が想定される。しかし、人口密度が低い地域では、保険薬局に占める常勤薬剤師1人薬局の比率が高い(図表 要旨10、11)。こうした環境下で「かかりつけ薬局・薬剤師」を推進するためには工夫が必要である。立地過多の都市部では薬局の集約化、希薄な地域では連携が進むよう、地域社会・医療環境の特性に応じた調剤報酬を検討することも一案である。

図表 要旨 10 全保険薬局に占める常勤薬剤師 1 人薬局店舗数の比率(都道府県別)



(備考) 本文図表 2-21。

図表 要旨 11 DID人口比率2と全保険薬局に占める常勤薬剤師 1 人薬局比率の分布



² 人口集中地区(以下、DID)とは、国勢調査基本単位区及び基本単位区内に複数の調査区がある場合は調査区(以下「基本単位区等」という。)を基礎単位として、1)原則として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区等が市区町村の境域内で互いに隣接して、2)それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域をいう。DID人口比率は、DID人口を人口で除して、求めた。